FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1919

CONTRIBUTIUNI la STUDIUL PUNCTIEI lui MARFAN IN DIAGNOSTICUL PERICARDITEI cu REVARSAT

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Lucrare prezentată şi susţinută la 30 Mai 1923

DE

NICHITA V. VASILE

RAMNICU-VALCEA

Librăria, Tipografia şi Legătoria de Cărţi, DUMITRU APREOTESEI & VIRGIL GRABOWSKI

1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1919

CONTRIBUTIUNI la STUDIUL PUNCTIEI lui MARFAN IN DIAGNOSTICUL PERICARDITEI cu REVARSAT

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Lucrare prezentată şi susţinută la ..... Mai 1923

DE

NICHITA V. VASILE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC BUCUREŞTI BIBLIOTECA CENTRALĂ 714910

RAMNICU-VALCEA

Librăria, Tipografia şi Legătoria de Cărţi, DUMITRU APREOTESEI & VIRGIL GRABOWSKI

1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Decan : Domnul Profesor D-r THOMA IONESCU

PROFESORI TITULARI :

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr. *Angelescu C.*
Clinica medicală	„ „ *Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „ *Bălăcescu I.*
Anatomia patologică	
Bacteriologia şi patologia experimentală	„ „ *Babeş V.*
Istologia normală şi istogeneza	„ „ *Besnea Şt.*
Medicina experimentală	„ „ *Cantacuzino I.*
Clinica Ginecologică	„ „ *Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„ „ *Danielopol D.*
Anatomia topografică	„ „ *Gerota D.*
Farmacia chimică şi galenică	„ „ *Georgescu N.*
Clinica şi teoria obstetricală	„ „ *Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I.	
Clinica I-a chirurgicală	„ „ *Ionescu T.*
Clinica III-a medicală	„ „ *Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „ *Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „ *Jianu A.*
Farmacologia şi materia medicală	„ „ *Lalu S.*
Clinice boalelor oto-rino-laringologice	„ „ *Meţianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „ *Marinescu Gh.*
Chimia analitică	„ „ *Minovici St.*
Clinica infantilă	„ „ *Manicatide M.*
Igiena şi poliţia sanitară	„ „ *Mezincescu D.*
Medicina legală	„ „ *Minovici D.*
Oftalmologia şi clinica oftamologică	„ „ *Manolescu D.*
Clinica I-a medicală	„ „ *Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „ *Nicolau St.*
Clinica mentală	„ „ *Obreţia Al.*
Fiziologia umană	„ „ *Paulescu N.*
Patologia generală	„ „ *Procra Gh.*
Anatomia descriptivă şi embriologică	„ „ *Rainer Gh.*
Zoologia medicală	„ „ *Sihleanu St.*
Bolanica medicală	„ „ *Solacolu T.*
Patologia medicală	„ „ *Thomescu I. Th.*
Terapeutica exgerimentală	„ „ *Theohari A.*
Analiza alimentelor şi băuturilor	„ „ *Vintilescu I.*

PROFESORI AGREGAŢI :

Medicina operatoare	D-l Dr. *Constantinescu C.*

JURIUL DE PROMOŢIUNE :

Preşedinte, D-l Profesor **Ionescu D.**

Membrii : (D-l Profesor *Lalu S.*
(D-l Conferenţiar *Simici D.*
(„ „ *Alexandrescu-Dersca.*

Suplinitor, Docent Dumitrescu Mante

Facultatea consideră opiniunile expuse in această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima nici aprobare, nici dezaprobare.

INTRODUCERE

Diagnosticul de pericardită cu revărsat este rar stabilit în clinică; în schimb, acelaşi diagnostic se găseşte foarte adeseori trecut în protocolul autopsiilor. Două sunt cauzele acestei deosebiri de frequenţă: majoritatea pericarditelor cu revărsat sunt latente; diagnosticul dacă este întotdeauna delicat, este foarte dificil, sau imposibil chiar, în cazurile în cari revărsatul este în mică cantitate.

Dacă numim latente afecţiunile cari evoluiază fără de sgomot, fără de simptome alarmante şi în tot cazul fără de simptome funcţionale locale care să atragă atenţiunea asupra existenţei sau localizării lor, practica zilnică şi istoricul pericarditei ne dovedeşte că această ultimă afecţiune îndeplineşte mai ales atributele semnalate mai sus. Laënnec afirma că diagnosticul nu poate să fie stabilit fără ca lichidul să fie acumulat în cantitate de 2—3 litri; Jaccoud spunea că 90% dintre pericarditele cu revărsat sunt latente, iar Hutinel dădea cifra de 80%!

Intr'un recent şi foarte interesant studiu asupra pericarditelor acute, Blechmann publică un tabel coprinzând numărul cazurilor de pericardită cu revărsat observate în timp de 15 ani (1895—1909) în spitalele din Londra; pe un număr de 238 cazuri diagnosticul nu a fost stabilit în 60%, iar în 40% cazuri a fost afirmat, ori numai bănuit. Acelaşi autor citează pe Poynton, care pe 100 cazuri de pericardită purulentă ivită la copii sub 12 ani nu a recunoscut boala decât de 6 ori şi reaminteşte cifrele lui Cyril Ogle, care dintr'un număr de 16 cazuri nu a stabilit diagnosticul de cât o singură dată, deci numai în 6% din cazuri!

Pericardita fiind o afecţiune secundară, şi în majoritatea cazurilor latentă, trece neobservată şi din cauză că obicinuit

atenţiunea este îndreptată asupra infecţiunilor sau afecţiunilor primitive, examenul inimei fiind neglijat. Blechmann atrage cu drept cuvânt atenţiunea asupra acestui fapt, reamintind că de multă vreme Cadet de Gassicourt şi Hutinel au insistat asupra necesităţii de a se examina zilnic inima la bolnavii atinşi de diferite infecţiuni şi în special în cursul evoluţiei infecţiunilor pleuro-pulmonare, cauza cea mai frequentă a pericarditelor. Este însă incontestabil că principalul motiv pentru care pericarditele cu revărsat rămân nerecunoscute în timpul vieţei este lipsa de semne obiective sigure pentru diagnosticarea lor.

Cantitatea de lichid care se poate acumula în pericard este variabilă şi dacă obicinuit revărsatul care se găseşte în seroasă variază între 3—400 gr., în cazuri excepţionale el poate atinge cifra de 4 litri (Corvisart, Swett, Verney). Prognosticul depinde de cantitate, de natura revarsatului, de cauza pericarditei şi leziunile asociate. In schimb, diagnosticul pericarditei este în funcţie mai numai de cantitatea lichidului şi dispoziţiunea sa. Ori, alături de revărsate libere în cavitatea pericardului sunt altele închistate pe unele din feţe, iar admiţând în cazul dintâi ca pe deplin stabilit — în urma experienţelor lui Rotch şi Williamson — că lichidul este situat mai ales deasupra diafragmului, pe faţa posterioară şi laturile inimei, se înţelege că toate simptomele obiective descrise pentru recunoaşterea pericarditelor cu revărsat sunt în raport cu cantitatea acestuia de pe urmă. Dar din nefericire niciunul dintre aceste semne nu este patognomonic şi diagnosticul diferenţial între pericardită cu revărsat, dilataţia inimei şi simfiza pericardică rămâne adeseori nehotărât.

Două sunt mijloacele ultime la care se recurge în clinică spre a se evita eventualitatea de mai sus: radioscopia şi puncţia pericardului. Dar dacă forma conturului inimei, diminuarea amplitudinilor bătăilor, imobilitatea diafragmului, uneori existenţa unei penumbre şi metoda examenelor succesive permite adeseori radioscopiei să înlăture dilataţia inimei, alteori diagnosticul nu poate să fie stabilit chiar ţinând seamă de densitatea umbrei şi întrebuinţând insuflaţia stomacului. Aceiaşi dificultate se întâlneşte uneori pentru eliminarea diagnosticului de simfiză pericardică. Pe de altă parte radioscopia a confir-

mai de curând o altă cauză de dificultate de diagnostic: existența diferitelor forme de pleurezii mediastinale cu revărsat mic, pleurezii cunoscute și descrise de mult timp sub denumirea de ***pseudo-pericardice.***

S'a crezut că puncția pericardului constitueşte cel mai bun mijloc pentru stabilirea diagnosticului de pericardită cu revărsat atunci când este pozitivă și se practică în anumite locuri, constituind diferitele procedee cunoscute. Printre aceste de pe urmă punctia sub-xifoidiană, cunoscută încă sub numele de ***procedeul lui Marfan*** *este actualmente cea mai în favoare. Este incontestabil că acest procedeu prezintă superioritate asupra celorlalte (Dieulafoy, Delorme-Mignon, Rotch, etc.), căci evită leziunea arterei mamare interne; numai că, atât autorul, cât și elevul său Blechmann, care a vulgarizat-o prin teza sa ca si prin numeroase alte publicațiuni, nu au cuprins toate eventualitățile posibile.*

Acuma trei ani (Februarie 1920), am avut ocaziunea să văd și să urmăresc în serviciul de boale interne din spitalul militar „Regina Elisabeta" condus de către d-l medic Colonel D-r C. D. Constantinescu un bolnav la care D-sa bănuind existența unei pericardite cu revărsat a practicat puncțiunea lui Marfan; rezultatul fiind pozitiv s'a stabilit cu certitudine diagnosticul de pericardită și s'a practicat imediat o paracenteză, urmându-se același p r o c e d e u și extrăgându-se prima dată 250 cm³, a doua oară 150 cm³ lichid sero-purulent, iar a treia oară 100 cm³ puroi bine legat. Ori, autopsia nu a confirmat diagnosticul, dovedind existența unei pleurezii mediastinale antero-inferioară dreaptă, care trimitea o prelungire în jumătatea corespunzătoare a sinusului antero-inferior al pericardului! Observațiunea c l i n i c ă a acestui bolnav a fost publicată în „Bulletins et Mémoires dela Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest", No. 10, 1920.

La un alt bolnav intrat în același serviciu în luna Iulie 1921, s'a bănuit de asemeni existența unei pericardite cu revărsat asociată însă cu un revărsat pleural bilateral. Puncția pericardului nefiind acceptată de bolnav s'a extras numai lichidul pleural prin toracenteze repetate practicate la locul de elecție; cum însă persista o zonă de matitate intinsă în regiunea axi-

lară din aceiaşi latură, care se confunda pe faţa anterioară cu matitatea cardiacă, s'au practicat numeroase alte toracenteze în regiunea axilară stângă crezându-se că este vorba de o pleurezie închistată. Ori, autopsia a dovedit existenţa unei pericardite cu revărsat, dar pericardul era fixat în regiunea axilară prin aderenţe şi inima era deplasată. Lichidul pericardic avea în acest caz o topografie specială şi din această cauză pericardita trecuse neobservată.

Am crezut util să reiau, să studiez şi să fac cunoscut observaţiunile de mai sus — dintre care una inedită — culese în serviciul în care îndeplinesc de mai mulţi ani serviciul de intern, pentrucă îmi vor permite să insist asupra unor eventualităţi neprevăzute de către Marfan şi Blechmann în studiul punctiei sub-xifoidiene ca procedeu de diagnostic în pericardita cu revărsat. Dar dacă este banal ca să mai reamintesc dictonul, că de un bun diagnostic depinde şi un bun tratament, în cazul pericarditei cu revărsat — mai ales când acesta de pe urmă este purulent — de un bun diagnostic depinde tratamentul operator imediat şi credem că nu este indiferent ca să se practice unui bolnav o operaţiune în regiunea inimei fără de a se cunoaşte mai intâi valoarea semnelor şi procedeelor de examen care au impus diagnosticul şi au forţat mâna chirurgului.

De alminteri într'o scrisoare adresată de către profesorul Marfan d-lui medic Colonel d-r C. D. Constantinescu, distinsul pediatru francez recunoaşte că valoarea procedeului său trebue încă să fie studiată, căci referindu-se la observaţiunea amintită spune: „Elle enrichit le dossier de la ponction épigastrique dont l'histoire ne fait que commencer". Iar în prefaţa volumului lui Bechmann „Les péricardites aiguës", 1922, profesorul Marfan spune din nou: „Toutefois, certains procédés modernes d'exploration ont fait faire un véritable progrès au diagnostic des épanchements péricardiques; mais, même l'examen radiologique, même la ponction exploratrice, qui sont les plus décisifs, peuvent induire en erreur s'ils ne sont pas interprétés rigoureusement; encore ne résolvent-ils pas toujours la difficulté".

Voi expune într,un prim capitol diferitele simptome cunoscute şi diagnosticul diferenţial al pericarditei cu revarsat; în

capitolul al doilea voi cerceta diferitele procedee de a puncţiona pericardul, insistând asupra aceluia al lui Marfan, iar în cel de al 3-lea voi face cunoscut cele două observaţiuni clinice — discuţiunea care va urma constituind un studiu critic al cunoştinţelor pe care le posedăm cu privire la diagnosticul pericarditei cu revărsat. Concluziunile vor încheia lucrarea de faţă.

Supunându-mă unei tradiţiuni care ne face cinste, mulţumesc cu ocaziunea terminării studiilor mele scolastice tutulor acelora cari au contribuit la instrucţiunea şi educaţiunea mea. Neapărat, primul meu gând trebue mai ales să se îndrepte către aceia cari mi-au înlesnit mijloacele materiale pentru continuarea şi terminarea studiilor. Nu pot să nu înscriu aci mai întâi numele ***Ministerului de Războiu.*** *Tutulor le voi păstra cea mai frumoasă şi mai duioasă amintire asociată cu cea mai profundă recunoştinţă.*

O mulţumire specială daloresc ***Domnului Profesor D-r Dimitrie Ionescu,*** *care cu o extrem de mare bunăvoinţă a acceptat să-mi facă onoarea de a prezida lucrarea mea inaugurală, precum şi* ***Domnului Medic Colonel D-r C. D. Constantinescu,*** *în serviciul căruia am funcţionat în mod efectiv ca intern în ultimii ani, care a binevoit să-mi încredinţeze subiectul lucrării de faţă.*

CAP. I.

DIAGNOSTICUL PERICARDITEI CU REVARSAT

Pericardita cu revărsat poate să fie acută, subacută, ori cronică. Cele mai adeseori consecutivă unei leziuni de vecinătate şi mai rar unei infecţiuni sanguine sau unor plăgi traumatice, această afecţiune începe întotdeauna prin forma uscată, revărsatul ivindu-se ulterior şi putând fi sero-fibrinos, purulent, ori hemoragic. *Simptomele generale* nu lipsesc mai niciodată în această afecţiune pe când cele *funcţionale locale* nu se întâlnesc în formele latente, care sunt foarte frequente — după cum am arătat în introducerea acestei lucrări. In schimb, când ele există — pericardita manifestă — se traduc în clinică prin *dispnee*, *durere* — cu sau fără punctele Guéneau de Mussy — şi mai rar prin *sughiţ* şi *vărsături* — datorite excitaţiunei nervului frenic. Semnalăm durerea sub formă de acces, simulând angina de piept (la maladie de Mirabeau, descrisă de Cabanis).

Simptomele obiective, cari permit recunoaşterea şi determinarea cantităţii de revărsat, sunt cele mai importante de cunoscut. Ori, revărsatul fiind datorit inflamaţiei seroasei, care la început se manifestă prin depozite la suprafaţa inimei, *dispariţiunea semnului lui Josserand* şi a *frecăturilor pericardice* auzite anterior sunt considerate printre primele semne obiective ale aparitiunei lui. Cum însă în prezent nu se mai admite acumularea lichidului pe faţa anterioară a inimei, aceste simptome pot persista în cursul evoluţiunei afecţiunii, căci inima este proectată pe peretele toracelui. Nu se poate spune acelaşi lucru despre un alt semn de început: *dispariţia sonorităţii sternale,* datorită în parte

dilatației inimei prin miocardită, iar în altă parte acumulării de lichid, care împinge și înafară marginile interne ale plămânilor, mărind matitatea absolută a inimei. Urmează apoi: *constatarea unei matități cardiace progresive, semnul lui Rotch* (matitate în partea internă spațiul V intercostal drept), *semnul lui Ewart* (transformarea unghiului ascuțit cardio-hepatic drept în unghi obtuz), *slăbirea și indepărtarea sgomotelor inimei, ridicarea vârfului cordului, extinderea matității sub vârful inimei, boltirea precordială, ori epigastrică* (Auenbrügger). *Procedeul Ferreira* se cercetează numai în cazurile de exudat mic: poziția Trendelenburg determină dispnee și modificări ale pulsului prin compresia bazei inimei.

Pe lângă semnele pericardice mai sus indicate s'au mai descris următoarele semne extra-pericardice care permit recunoașterea revărsatului: *semnele pseudo-pleuretice dela baza hemitoracelui stâng* (semnul lui Pins); *semnul lui Weill:* în poziție genu-pectorală simțirea vârfului cordului înafară și la stânga indică pericardită, iar la dreapta pleurezia; *semnul lui Essex Winter:* inhibiția abdomino-frenică, caracterizată prin imobilitatea diafragmului; *semnul lui Cyril Ogle:* distensia jugularelor fără de puls vânos; *pulsul paradoxal Küssmaul* și diferitele fenomene de compresiune: *paralizia recurențială, dilatația pupilară, dysfagia hidrofobică* însoțită ori nu de sughițuri și vărsături, datorită compresiunei pneumogastricului singur, ori și frenicului.... In sfârșit dispnea intensă care determină diferitele atitudini ale bolnavului: *semnul pernei* și al *rugăciunei mahomedană.* Asistolia are înfățișări clinice variate în raport cu evoluția și cantitatea lichidului pericardic.

După cum se vede numărul semnelor descrise pentru recunoașterea revărsatului pericardic este foarte mare. Ori, după cum s'a mai spus, tocmai numărul lor mare indică lipsa de valoare a fiecăruia considerat în parte. Cardiologii sunt în acord afirmând că diagnosticul pericarditei cu revărsat este adeseori imposibil de stabilit în clinică, iar întrucât privește diagnosticul diferențial, la *dilatațiunea cardiacă* și *simfiza cardiacă* s'au adăugat numai în ulti-

mul timp *pleureziile mediastinale*; iată deci trei afecţiuni care trebuesc cercetate şi al cărora diagnostic trebue să fie întotdeauna discutat înainte de a se afirma existenţa unui exudat pericardic. Este însă incontestabil că mai ales cu dilataţiunea cardiacă diagnosticul trebue să fie stabilit, căci celelalte două afecţiuni se întâlnesc cu mult mai rar în clinică. In unele cazuri diagnosticul de dilataţie cardiacă poate să fie eliminat în urma repausului şi regimului cardio-tonic la care a fost supus bolnavul; sunt însă altele în cari dilataţia este dificil reductibilă, ori chiar ireductibilă; sunt apoi cazurile cele mai frequente în cari starea generală rea a bolnavului impune un diagnostic şi o intervenţie imediată. Care sunt semnele bazate pe examenul minuţios al regiunii inimei care ne-ar permite diagnosticul?

Maragliano a insistat asupra acestui fapt, că în revărsatul pericardic diametrul transversal al matităţii se micşorează în poziţia sezândă. Semnul are incontestabil valoare, nu însă şi în cazurile în care revărsatul este foarte abundent. Mai important de cercetat este semnul lui Sir Broadbent: mărirea matităţii cardiace la dreapta, în decubit lateral, numai în cazurile de pericardită. Cât este vorba de semnele Rotch şi Ewart ele nu sunt constante în pericardită şi se pot întâlni în dilataţie — ca şi slăbirea şi îndepărtarea sgomotelor inimei. Vârful inimei nu se mai admite că este deplasat în sus în cazurile de revărsat, iar matitatea sub-apexiană este greu de cercetat din cauză că nu se mai simte adeseori impulsiunea vârfului inimei în ambele afecţiuni. Pe de altă parte semnele extra-pericardice se întâlnesc rar chiar în pericardite, iar *reflexul cardiac al lui Abrams* poate să nu se găsească în unele dilataţiuni mari ca şi în simfizele pericardice!

Deopotrivă de dificil este diagnosticul de simfiză pericardică totală, căci aceasta de pe urmă este însoţită de dilataţia cordului şi fenomene de asistolie în majoritatea cazurilor în care medicul este consultat. Este adevărat că s'a insistat asupra unor simptome diferenţiale, dar uneori sunt dificile de cercetat, iar alteori nu există. Singurele care ar putea servi pentru stabilirea diagonosticului, atunci când se

întâlnesc, sunt următoarele: retracţia toracelui, retracţiunea sistolică uni sau pluri-costală persistentă în decubitus lateral stâng, imobilitatea vârfului cordului, retracţia ultimelor spaţii intercostale — în regiunea axilară sau pe faţa posterioară a hemitoracelui stâng (Broadbent), matitatea absolută fără de matitatea relativă, tumefacţia inspiratoare a jugularei şi colapsul ei diastolic precum şi unele fenomene de d i l a t a ţ i e care însoţesc simfiza: apariţiunea suflurilor funcţionale, dedublarea timpului al doilea la bază....

Cât este vorba de pleureziile mediastinale, sunt cele localizate în mediastinul anterior şi însoţite de revărsat puţin abundent, care se confundă cu pericarditele (Grancher şi Velimirovitch). S'au dat drept semne diferenţiale: matitatea asimetrică, caracterizată printr'o zonă de matitate cuprinsă între stern şi linia mamelonară sau axilară dintr'o singură latură opusă zonei de matitate; percepţiunea şocului vârfului şi lipsa de s l ă b i r e a sgomotelor cardiace. Cum însă pleureziile mediastinale se ivesc în stări infecţioase grave însoţite de miocardită, iar cantitatea de revărsat acumulată în plevră este uneori mică, se înţelege că toate simptomele diferenţiale mai sus amintite pot lipsi, iar diagnosticul celor două afecţiuni, pericardita şi pleurezia mediastinală, este cele mai adeseori imposibil de stabilit prin mijloacele trase din examenul minutios al regiunei cardiace.

S'ar părea că toate dificultăţile de diagnostic mai sus expuse pot să fie înlăturate prin examenul radioscopic. Lăsând la o parte faptul că acest examen nu poate să fie practicat decât în spitale, şi chiar atunci, numai când starea generală a bolnavului permite transportul, imaginele însăşi pe care ni le dă radioscopia sunt departe de a fi patognomonice. Forma matităţii cardiace cu diametrul transversal mult mărit, pediculul scurt şi cu un contur special descris de către Vaquez şi Bordet, există numai uneori şi când revărsatul este abundent pe când în majoritatea cazurilor aceiaşi anomalie se poate întâlni în pericardite ca şi în celelalte afecţiuni cu care se confundă cea dintâi şi în special în dilataţia cardiacă. Semnul lui Ewart nu este con-

firmat prin acest examen, iar dispariţia bătăilor cordului poate să existe în celelalte afecţiuni şi să nu se întâlnească în pericardită, dovadă observaţiunile publicate de către Marfan, Weill şi Gallavardin. Cât este vorba de deosebirea umbrei cardiace de penumbra revarsatului este o eventualitate rară pe care nu se poate sprijini un diagnostic, după cum nu se pot trage indicaţiuni utile din observarea densităţii umbrei, care ar fi mai omogenă în dilataţie cardiacă. De alminteri recomandaţiile care se fac de către unii radiologi de a se administra în unele cazuri un tratament toni-cardiac, ori de a se insufla stomacul (Destot), prin acest ultim procedeu umbra fiind imobilă în pericardită, dovedeşte şi mai mult valoarea relativă a metodei radioscopice în diagnosticul diferenţial al pericarditei cu revărsat.

Totuşi trebue recunoscut că întroducerea examenului radioscopic în examenul afecţiunilor cardiace a realizat un netăgăduit progres în studiul acestor afecţiuni, iar întrucât priveşte pericardita de numeroase ori razele x au limpezit un diagnostic ezitant, ori au p e r m i s să se afirme acest diagnostic atunci când el nu era nici bănuit măcar. Pe de altă parte experienta şi aplicarea unor tehnice noi au permis radiologilor să descrie mijloacele de diferenţiere ale celor trei afecţiuni cu care se confundă pericardita. Aşa, spre pildă, în simfiza pericardică se recomandă şi radiografia pentru punerea în evidenţă a aderenţelor, iar în examenul radioscopic se cercetează deplasarea vârfului inimei, modificările în forma organului în raport cu respiraţia, amplitudinea mişcărilor diagfragmului, etc. Cât este vorba de pleureziile mediastinale, radioscopia dovedeşte existenţa unei bande care dublează umbra inimei uni sau bilateral, bătăile inimei ne fiind imperceptibile decât la nivelul ei.

Faţă însă de dificultăţile întâmpinate în clinică pentru stabilirea diagnosticului de pericardită cu revărsat punctia pericardului este însă ultima resursă la care se recurge după întrebuinţarea metodelor de exămen până acum expuse. Punctiunea se impune mai ales în practica medicală din afară de spital, căci la numărul mic al instalaţiunilor radiografice din toate ţările se mai adaugă şi starea gene-

rală a bonlavilor, care nu permite transportul şi nici expunerea la manipulaţiuni numeroase şi obositoare. Dar puncţia pericardului, aşa de utilă pentru stabilirea diagnosticului şi tratamentului unora dintre pericardite, este ea inofensivă aplicată în celelalte afecţiuni cu care se confundă revărsatul pericardic? Care sunt procedeele întrebuinţate şi printre cele preconizate cel mai bun şi mai puţin periculos? Insfârşit este puncţia pericardului o metodă sigură pentru stabilirea diagnosticului de pericardită? Sunt chestiuniunile pe care le vom cerceta în capitolul care urmează.

CAP. II.

PUNCȚIA PERICARDULUI

Autorii nu sunt încă de acord asupra persoanei căreia revine meritul și onoarea de a fi introdus puncția pericardului în clinică. Se crede însă că aceia cari au propus-o, dar nu au avut și curajul să o și practice, au fost Riolan și Senac. Desault este cel dintâi care a aplicat-o, dar comentatorii săi spun că trocarul nu a fost introdus în pericard, ci în plevră. Numai în 1839„, Schuh (din Viena) a extras prin puncția pericardului câteva picături de lichid, iar mai târziu, în 1841, Heger printr'o puncție practicată în spațiul V intercostal stâng a extras unui bolnav prima dată 1500, iar a doua oară 500 grame de lichid. In 1855, Aran a extras printr'o puncție practicată cu un trocar capilar 350 grame, iar în 1870„ Frèmy a întrebuințat aspiratorul Dieulafoy. Din 1875 de când Henri Roger a făcut la Academia de medicină din Paris o expunere complectă a indicațiunilor și contraindicațiunilor paracentezei pericardului, puncțiunea a intrat în practica medicală și ceace a caracterizat perioada care i-a succedat a fost numărul mare al procedeelor preconizate. De fapt toate procedeele imaginate nu au avut drept scop decât înlăturarea pericolelor care ar putea rezulta din lezarea arterei mamare interne, a fundurilor de sac pleurale, ori a inimei.

Figura alăturată indică diferitele procedee şi numele autorilor lor.

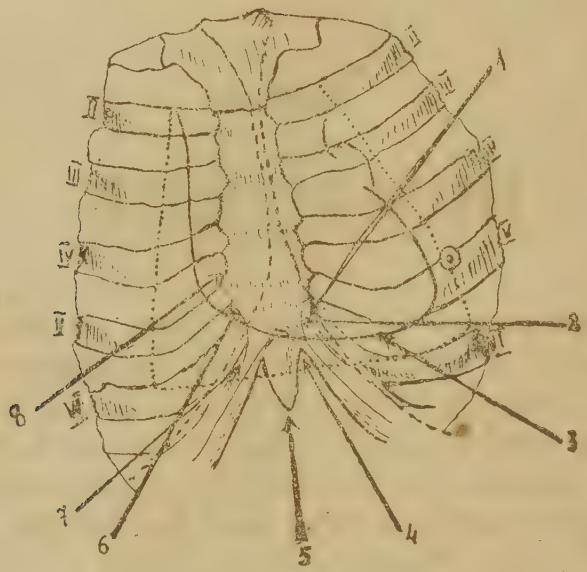

Fig. 1.

Diferitele procedee de puncţie a pericardului.

1) Delorme şi Mignon
2) Voinitch-Sianojensky
3) Dieulafoy
4) Roberts
5) Marfan
6) Rotch
7) Gras
8) Schaposchnikoff.

Puncţia extra-mamară stângă cuprinde procedeul Dieulafoy, care recomanda puncţia în spaţiul V, la 6 cm. de marginea stângă a sternului, şi procedeul Rendu şi Huchard, în care puncţia este practicată în spaţiul VI sau VII, la 8—9 cm. de linia mediană.

Puncţia para-sternală stângă se practică în procedeul Delorme-Mignon în urma unei inciziuni cutanate de 4 cm. făcută la un lat de deget deasupra marginei inferioare a celui de al 7-lea cartilagiu costal, acul introducându-se în spaţiul VI, V sau IV pe marginea sternului de care se sprijină. Voinitch-Sianojensky recomandă partea internă a spaţiului VI, evitând astfel în mod sigur atingerea plevrei.

Puncţia para-sternală dreaptă în procedeul Rotch se

practică în partea internă a spaţiului V drept; Gras preconizează spaţiul VI; Blechmann spaţiul III şi IV când există la acest nivel matitate absolută (în exudatele abundente acest autor recomandă spaţiul VI stâng, căci plevra este împinsă în afară, iar diafragmul scoborât). Schaposchnikoff punctionă în spaţiul IV intercostal drept. Dacă însă procedeele de mai sus evită artera mamară şi plevra ele nu pun la adăpostul înţepăturei peretelui inimei, căci contrariu credinţei lui Skoda şi Trousseau, după care inima mai densă cade pe faţa posterioară a pericardului, lichidul acumulându-se pe faţa anterioară a organului, diferiţi alţi cliniciani precum Bucquoy, Delorme şi Mignon, Heiking, Bovaird, etc,, citaţi de către Blechmann, susţin că lichidul se acumulează pe faţa posterioară şi deasupra diafragmului, inima venind cele mai adeseori în contact cu pericardul prin faţa sa anterioară. Ori, această ultimă părere fiind confirmată prin cercetările experimentale ale lui Sibson, Rotch şi Williamson rezultă că diferitele procedee de punctie a pericardului expuse mai sus pot toate să atingă inima, căci „în marea majoritate a cazurilor trebue să ne aşteptăm să găsim inima înapoia plastronului sterno-coslal, conservând în mod fidel rapoartele sale normale“ (Blechmann).

S'a crezut că punctia practicată pe cale epigastrică-procedeul sub-xifoidian al lui Marfan—nu ar prezintă incovenientul semnalat. Este acesta şi motivul pentru care se bucură actualmente de cea mai mare favoare printre medici. Semnalăm deocamdată că atingerea pericardului pe această cale nu este o inovaţie, căci Larrey este cel dintâi autor care a utilizat-o pentru pericardotomie. Pe de altă parte punctia însăşi a fost de mult practicată în acelaşi loc de către Roberts din Filadelfia, cu deosebire însă că el introducea acul în unghiul xifo-costal. Inainte însă de a arăta tehnica preconizată de către Marfan-Blechmann, ţinem să reamintim că procedeul sub-xifoidian datează din 1911, de când Marfan a făcut cunoscut istoria clinică a unui copil de 5 ani, căruia i-a practicat de 17 ori punctia pe această cale.

Autorii procedeului punctiei sub-xifoidiene recomandă

să se practice operaţia nu în decubitus dorsal, ci bolnavul fiind puţin ridicat pe şezut, iar anestezia dacă se practică să fie numai locală. (La copil însă să se facă întotdeauna anestezia generală prin clorur de etil). Mâna stângă a operatorului să fie sprijinită pe baza toracelui în aşa chip încât extremitatea indexului să fie fixată pe vârful apendicelui xifoid, punctul de reper, Trocarul mic al aparatului Potain sau un ac pentru puncţia lombară să fie vârât imediat dedesubtul apendicelui xifoid, pe linia mediană. Instrumentul trebue dirijat oblic de jos în sus şi, în primul timp al operaţiei, pe o lungime numai de 2 cm., simţind faţa posterioară a apendiciului xifoid — spre a se evita peritoneul. In urmă se îndreaptă acul puţin oblic înapoi spre a pătrunde în baza pericardului, care aderă de diafragm pe o întindere de 9—11 cm. în sens transversal, de 5—6 cm. în sens antero-posterior Figura 2 indică poziţia şi traectul acului.

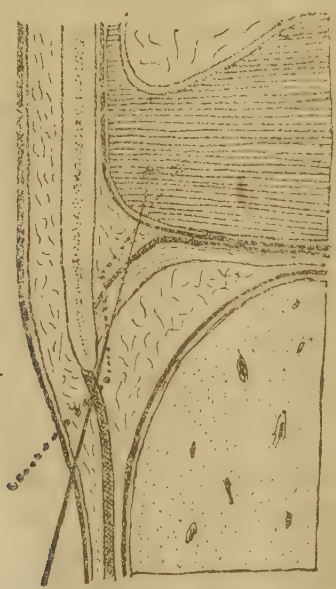

Fig. 2.

Traectul trocarului în puncţia subxfoidiană (după Marfan-Blechmann). Săgeata punctată indică descompunerea timpilor în introducerea acului sau trocarului.

Procedeul lui Marfan este fără îndoială cel mai raţional, ţinând seamă de experienţele amintite, căci caută lichidul deasupra diafragmului, acolo unde el se acumulează mai ales; pe de altă parte acest procedeu evită artera mamară, plevra, parietală, peritoneul şi chiar inima — în caz de revărsat. Dar în cazurile în care acesta de pe urmă nu există, când puncţia este practicată în scop diagnostic?

Toţi autorii cari s'au ocupat cu studiul puncţiei pericardului au insistat asupra acestui fapt, că înţeparea inimei constitue eventualitatea cea mai periculoasă. Este adevărat că experienţele făcute pe animale şi chiar pe oameni au arătat că înţepăturile pot să nu aibă nici-o consecinţă, dar s'a spus din capul locului că trebue să se facă distincţie între înţepătura unei inimi sănătoase şi acea a unei inimi bolnave, dilatată ori atinsă de diferite alteraţiuni. Ori, cazuri mortale în urma celorlalte procedee de puncţie pericardica au fost publicate de către Callender, Baizeau, Rotch, Sowthey, West, Bovaird, etc. citaţi de către Blechmann, iar dacă în alte mai numeroase cazuri bolnavii au scapat în urma înţepăturii inimii, trebue să ne reamintim de cuvintele lui Porter-Parkinson, care spunea că, dacă puncţia inimei poate uneori să nu facă rău ea nu poate nici-odată să facă bine, contrariu opiniunei exprimate de către Sears, care credea că înţepăturile nu numai că sunt bine suportate, dar pot chiar să stimuleze inima cu toate că într'un caz a avut impresia că a grăbit moartea! - Dar accidente au fost observate şi în urma puncţiei epigastrice şi dacă este sigur că multe n'au fost publicate, se cunoaşte totuşi observaţiunea lui Lereboullet, în care o sincopă mortală s'a ivit la o jumătate oră în urma intervenţiunei. La autopsie pericardul era umplut cu sânge, iar ventriculul drept a fost găsit perforat de trocar.

Intr'un cuvânt ori care ar fi procedeul adoptat pentru practicarea puncţiei pericardului, pericolul înţepăturei pereţilor inimei este acelaşi atunci când în pericard nu este lichid; în schimb, atunci când ne găsim în faţa unei pericardite cu revărsat, procedeul lui Marfan este cu mult superior celorlalte, căci acul este introdus la baza inimei, a-

colo unde se acumulează revărsatul, iar nu pe faţa anterioară a toracelui cu care peretele inimei vine în contact. Totuşi sunt încă mulţi chirurgi care ezită să practice şi se ridică chiar în potriva punctiei pericardului, pe care o consideră ca o intervenţiune oarbă. Jacob, găsind într'un caz marginea inferioară a inimei în contact cu diafragmul, socoteşte că puncţia lui Marfan este deopotrivă de periculoasă ca şi celelalte procedee; Chavigny şi Sencert recomandă pericardotomie dela început, iar Lian adoptă părerea lui Porter-Parkinson, că este mai puţin periculos să faci o incizie exploratoare de cât o puncţie în acelaş scop. Ne-am putea chiar întreba dacă prin puncţia lui Marfan nu expunem şi mai mult bolnavul, acul înţepând auriculul drept, al cărui rol fiziologic este foarte mare.

Sunt însă şi alte critici care se pot aduce puncţiei lui Marfan. Aşa, puncţia poate să fie negativă din cauză că n'a fost bine făcută, schimbându-se direcţia acului, ori acesta nefiind introdus îndeajuns de profund. Pentru primul caz trebue să reamintim că rapoartele pericardului cu diafragmul sunt în aşa fel încât devierea acului de pe linia mediană face ca el să atingă cu mai multă greutate punga seroasă—unul dintre neajunsurile puncţiei xifo-costale (Roberts). Celelalte incoveniente semnalate ale puncţiei subxifoidiene sunt următoarele: nu atinge lichidul în cazurile de pericardită posterioară, iar în observaţiunile lui Weil şi Loiseleur ca şi într'o observaţie a lui Duguet, acul a pătruns într'o despărţitoare fibrinoasă. Este însă şi o altă obiecţie adusă acestui procedeu, este acea că nu s'a ţinut până în prezent seamă de pleureziile mediastinale anterioare, care deplăsând inima, ori trimiţând prelungiri pe faţa auterioară a pericardului, pot face să se afirme pe baza unei puncţiuni pozitive existenţa unei pericardite cu revărsat şi să se practice o pericardotomie nu numai inutilă dar chiar periculoasă. Este aceasta obecţiunea adusă de către d-l medic colonel Dr. C. D. Constantiăescu în articolul său din 1920, publicat în „Bull. et mém. dela Soc. méd. des hôp. de Bucarest". Ori, la această observaţune pe care o voi reproduce în capitolul care urmează, se adaugă şi

o alta în care puncţia sub-xifoidiană nu a fost practicată, dar rezultatul examenului anatomo-patologic practicat la autopsia cadavrului ne îndrituește să afirmăm că ar fi fost foarte probabil negativă deşi exista o pericardită cu revărsat sero-fibrinos.

Aceste cazuri contribuind la studiul procedeului lui Marfan, trebue să fie făcute cunoscut, căci la lumina lor se va putea mai bine cerceta valoarea comparativă a diferitelor procedee de puncţiuni ale pericardului pe rând preconizate.

CAP. III.

OBSERVAŢIUNILE CLINICE

OBSERVAŢIUNEA I-a

Soldatul D. I., din Reg-tul 2 Vânători, contig. 1919, intrat în serviciul medical A din spitalul militar „R. E." la 26 Februarie 1920. Declară că este bolnav de 3 săptămâni: boala a început prin fiori de frig, febră, slăbiciune, iar în urmă a avut dispnee, tuse. După câteva zile s'a ameliorat, dar prezenta încă fenomene pulmonare, care a determinat stabilirea diagnosticului de bronho-pneumonie în rezoluţie. Ese din serviciu la 6 Martie. Temperatura în ultimile zile scoborâse dela 38 la 37°.

A doua zi după eşirea sa din serviciu, bolnavul este apucat de un junghi la nivelul mamelonului drept; temperatura se ridică, iar dispnea reapare intensă. Este readus în serviciu şi examinat pentru prima oară de către d-l Colonel d-r Constantinescu la trei zile mai în urmă, în ziua de 10 Martie. Se stabileşte diagnosticul de bronho-pneumonie cu focare mai numeroase în dreapta. Se remarcă frequenta pulsului — 144 — care este slab şi neregulat. Matitatea precordială depăşea cu un lat de deget marginea dreaptă a sternului, iar regiunea epigastrică era dureroasă la palpaţie. Se constată semnul Rotch. Vârful inimei abia perceptibil la palpaţie în spaţiul intercostal V stâng, cu bătăile surde.

Bănuindu-se o pericardită cu revărsat şi starea generală a bolnavului nepermiţând trimiterea sa la serviciul de radiologie, s'a practicat o puncţiune a pericardului prin procedeul sub-xifoidian al lui Marfan. S'au extras 10 c.m3 exudat cu aceleaşi caractere, care conţinea numeroşi streptococi. Acul nu fusese introdus decât 4 c.m. şi prezenta mişcări ritmate de inimă. Starea generală a bolnavului nu s'a schimbat, dar pulsul 120 regulat, fenomenele funcţionale şi obiective cardiace au diminuat: matitatea depăşea mai

puţin marginea dreaptă sternală, se simţia vârful şi se auziau bătăile inim
la nivelul mamelonului şi apendicelui xifoid; nu se mai constatau se
nele Rotch şi Ewart. Temperatura 38—39°.

La 16 Martie constatându-se reapariţia fenomenelor de revărsat pe
cardic se practică o nouă paracenteză sub-xifoidiană extrăgându-se 100 c
lichid sero-purulent. Temperatura scoboară şi se menţine 37°, ridicându-
numai seara, dar fără de a depăşi 38°. La 20 Martie se practică a 3-a pa
centeză extrăgându-se de astă dată 150 cm³ puroi bine legat, care abia eş
prin trocarul cel mai gros întrebuinţat. Temperatura 36—37°. Fenomene
pulmonare au persistat şi se localizaseră la urmă în dreapta. Bolnavul
simţea din ce în ce mai slăbit, iar la 28 Martie dim. a sucombat prin as
xie consecutivă unui oedem pulmonar.

La autopsia practicată în ziua de 29 Martie se găseşte inima la loc
său, dar cu foia pericardică parietală puţin îngroşată. La deschiderea ser
sei cele două feţe sunt normale. Se observă însă dealungul marginei e
terne drepte a pericardului o dungă groasă albă constituită din falşe me
brone care lipesc cele doi foi ale plevrei mediastinale şi alătura faţa int.
plămânului dr. de foia parietală a pericardului. Dunga de mai sus (a se
dea schema 3) se întinde dela înălţimea orificiului arterei pulmonare pâ
la diafragm unde se continuă la stânga înaintea inserţiei diafragmatice
foii parietale anterioare a pericardului până la linia mediană. Cele do
dungi fac împreună cele două ramuri ale unui L.

Fig. 3.

Disociindu-se falşele membrane ale dungei verticale ţişneşte pu
gros, care examinat conţinea pneumococi şi streptococi. Continuându-se di
cierea se bagă de seamă că este vorba de o pleurezie mediastinală, falş
membrane circonscriind în interiorul cavităţii seroasei mici abcese situ
dealungul marginei drepte a inimei, conţinând aproximativ 50 c.m.³ pu
Colecţiunea era situată între inimă şi faţa internă a plămânului dre
marginea s'a anterioară fiind reprezintată prin dunga amintită, iar margi

sa posterioară corespunzând ligamentului triunghiular al plămânului corespunzător.

Prin extremitatea sa inferioară ramura verticală a dungei L comunica cu cea orizontală, care avea grosimea unui auricular şi era aderentă de diafragm şi pericard. Această ramură era astupată de false membrane şi reprezenta un diverticul al plevrei mediastinale, retractat şi obstruat în urma paracentezelor practicate ca şi ramura verticală care comunica cu aceasta de pe urmă.

În jurul colecţiunei purulente plămânul era hepatizat şi prezenta mici abcese. Ganglionii traheobronhici erau măriţi de volum. Scizura plămânului simfizată prezenta către partea mijlocie a micei scizuri un mic abces, Se constată focare bronho-pneumonice diseminate, dar mai numeroase la dr.; oedem pronunţat al plămânilor. Miocardul moale şi puţin decolorat. Splina şi rinichii măriţi de volum.

OBSERVATIUNEA II-a

Soldatul P. S. din Reg-tul 4 Roşiori, cont'g. 1921, intrat în serviciul medical A din spitalul militar „R. E" la 29 Iulie 1921. Declară că este bolnav de aproape 2 luni: a început prin a se simţi slăbit, să nu mai aibă apetit şi în urmă un junghi în torace l'a determinat să se prezinte la infirmerie de unde a fost evacuat la spitalul din Chişinău, unde a stat 14 zile şi de unde a obţinut un concediu de 45 zile. Simţind jenă în respiraţie şi greutate în torace s'a prezintat la spital înainte de expirarea concediului acordat.

Debil. Temperatura normală. Puls 80. Obiectiv: uşoară submatitate în fosa subclaviculară dr. cu tusea sbucnitoare. Matitate faţa poster. hemitoracele dr. începând de subvârful omoplatului cu viibraţiile abolite şi respiraţia diminuată. Punctia pozitivă: lichid sero-fibrinos. Examenul radioscopic confirmă existenţa unei pleurezii exudative, indicând şi existenţa unei măriri şi deplasări la stânga a imaginei cardio-aortice. Declară că nu-şi mai reaminteşte să mai fi fost vreodată bolnav. Părinţii şi alţi 3 fraţi sănătoşi.

Deşi temperatura normală, lichidul se acumulează în plevra dreaptă; se practică o toracencteză în ziua de 26 August, extrăgându-se 1200 cms lichid; se constată submatitate pronunţată la baza stângă cu respiraţia diminuată şi frecături pleurale. La 17 Septembrie se practică a 2-a toracenteză, dar de astă dată la stânga, şi se extrage 900 cm³ lichid sero-citrin. La 27 Septembrie se remarcă faptul că vârful cordului fiind în spaţiul V intercostal stâng, bătăile inimei sunt slabe şi îndepărtate. Pe de altă parte matitatea precordială stângă se confundă cu o zonă de matitate care coprinde regiunea axiliară până în al VII-lea spaţiu intercostal. Matitate la ambele baze cu respiraţia diminuată. Examenul radioscopic practicat în ziua de 3 Octombrie arată „o imagine cardiacă cu diametrele şi suprafaţa de proecţie enorm mărite: mărirea apare mai exagerată în sus şi la stânga, ocupând

acest ultim hemitorace. Pulsaţiile inimei abia perceptibile. Spaţiul retro-cardio-aortic redus în treimea sa inferioară". Bolnavul este dispneic. — Temperatura normală. — Refuză puncţia lui Marfan.

La 9 Octombrie se notează: vârful inimei se simte la palpaţie în spaţiul V-lea; uşoară retracţie costală la acest nivel; se percep uşoare pulsaţiuni în regiunea epigastrică. Ficatul mărit şi scoborât. Puls 120, regulat, dar slab. A doua zi bolnavul acceptă o puncţie practicată pe linia axilară anterioară în spaţiul VI. Puncţia pozitivă, acul prezentând mişcări sincrone cu cele ale inimei. Se adaptează la ac aparatul Potain şi se extrage 500 gr. lichid seros. La 19 Octomarie un nou examen radioscopic arată imaginea cardiacă şi mai mult mărită, atingând periferia hemitoracelui — la vârf. O nouă toracenteză nu este acceptată de bolnav decât în ziua de 22 Octombrie şi este practicată în reg. axilară stângă. S'a extras 650 gr. lichid. Turgescenţa jugularelor dispare şi dispnea se atenuiază.

In ziua de 9 Noembrie matitatea dela ambele baze persistă, fiind mai pronunţată la dreapta. Respiraţia diminuată mult în ambele laturi. Matitatea cardiacă se confundă la stânga cu cea din regiunea axilară — ultimile spaţii fiind sonore. Bătăile cordului slabe. Se percep frecături pericardice în regiunea sternală. Jugularele distinse. Ficatul mare. Dispnee. Se practică o nouă toracenteză în reg. axilară stângă şi se extrage 200 gr. exudat. La 28 N-brie se extrage 2000 gr. lichid în urma unei toracenteze practicată la baza dreaptă, la locul de eleeţie. In urma unui nou examen radioscopic practicat la 5 D-brie se mai face o toracenteză în regiunea axilară stângă, extrăgându-se 600 gr. lichid. Schemele alăturate (No. 4 şi 5) indică rezultatul examenului radioscopic practicat înainte şi după toranceteză. La 25 Decembrie se extrage 1500 gr. lichid printr'o toranceteză practicată la dreapta.

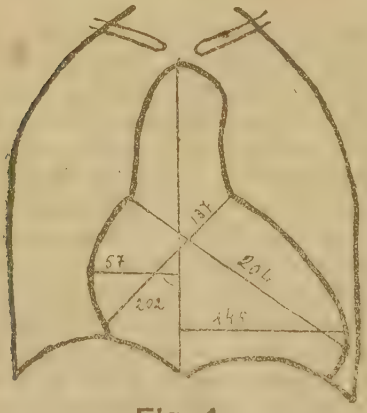

Fig. 4.

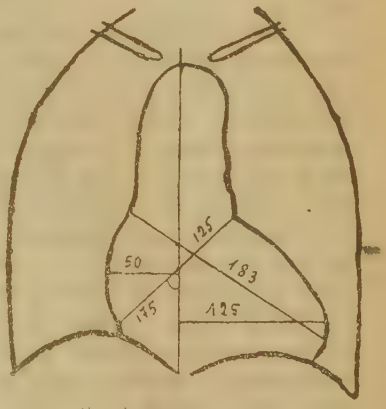

Fig. 5.

La 11 Ianuarie otită medie supurată stângă. Matitate ambele baze, mai întinsă la dreapta, cu respiraţia diminuată. Matitate suspendată în reg. axiliară stângă confundându-se cu matitatea cardiacă — respiraţia nu se aude în această regiune. Ficatul mărit şi scoborât (coasta VII — 4 laturi

deget sub marginea costală). Vârful inimei în spaţiul V. Retracţie unicostală. Frecături pericardice. Puls 95. Astenie pronunţată. In ziua următoare starea generală agravată. Puls 102; temper. 38o. La 20 Ianuarie înţepenirea cefei, Kernig, delir, pupila stângă dilatată, puls 120. Sucombă la 22 Ianuarie.

Necropsia a fost practicată la 23 Ianuarie. Plevra dr., îngroşată, conţinea 500—700 gr. lichid; plevra stg, pe faţa posterioară, era aderentă de torace prin falşe membrane moi. Inima mărită de volum. Ceace însă atrăgea atenţiunea era o pungă de lichid, care continua inima la stânga, fiind fixată în regiunea axilară prin aderenţe vechi de faţa internă a peretelui costal la nivelul coastei 7-a. (A se vedea schema No. 6). Punga era numai

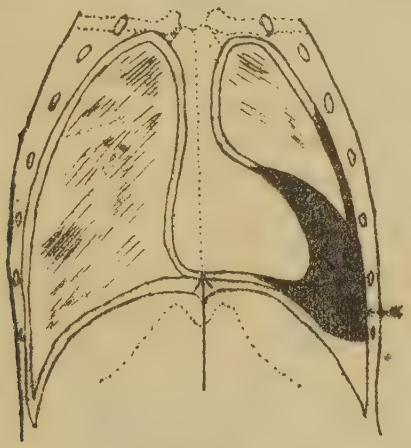

Fig. 6.

către vârf aderentă, dar ocupa toată porţiunea mijlocie a regiunei axilare stângi, întinzându-se în jos spre diafragm. Pericardul parietal era îngroşat şi la deschiderea lui s'a constatat că la nivelul inimei ambele foi ale seroasei erau căptuşite de depozite de fibrină moi, iar prelungirea dela stânga nu era altceva decât distensiunea sacului pericardic printr'o cantitate de aproximativ 600—800 grame lichid serocitrin acumulat.

Inima mărită de volum, avea mai ales ventriculul dr. şi auriculele dilatate. Miocardul era moale şi palid. Plămânii, hiperemiaţi, conţineau numeroşi tuberculi — unii miliari, alţii mai mari şi în diferite stadii de evoluţie. Ganglionii traheobronhici erau măriţi de volum. Ficatul hiperemiat, mărit mult de volum; hiperemia rinichilor pe secţiune. Nimic alt din partea viscerilor. Nu s'a desfăcut bolta craniului, cadavrul fiind reclamat de familie.

In rezumat, interesul primei observaţiuni rezidă în faptul că o colecţiune purulentă, localizată în partea infer. a mediastinului anterior drept, comunica prin polul său inferior cu o altă cavitate întinsă transversal în jumătatea corespunzătoare a sinusului antero-inferior al pericardului. Din cauza acestei dispoziţiuni puncţia lui Marfan a fost pozitivă şi tot aşa celelalte trei paracenteze practicate la interval în acelaşi loc, permiţând extragerea a 500 grame lichid sero-purulent ori purulent.

Diagnosticul de pericardită cu revărsat, considerat ca probabil pe baza condiţiunilor de apariţie ale afecţiunei, simptomele funcţionale şi mai ales obiective constatate la examenul regiunei precordiale, fusese cu siguranţă afirmât în acest caz în urma puncţiei pozitive a pericardului practicată după procedeul Marfan.

Ori, autopsia a dovedit eroarea de diagnostic, punând în acelaş timp în lumină *valoarea relativă a puncţiei xifoidiene în diagnosticul pericarditei cu revărsat* şi atrăgând atenţiunea asupra diagnosticului diferenţial cu pleureziile mediastinale, diagnostic care nu s'a făcut în tratate până la apariţia lucrărei lui Blechmann deja citată, posterioară însă publicaţiunei observaţiunii clinice de care ne ocupăm. — Numai starea generală rea a bolnavului a împiedecat în acest caz pericardotomia care se impunea.

In cea de a doua observaţiune clinică este vorba de un bolnav cu pleurezie exudativă bilaterală însoţită de o pericardită cu revărsat în care lichidul avea o dispoziţiune speciala. In urma revărsatului din plevra dreaptă, cel dintâi apărut, inima a fost deplasată la stânga, iar o pericardită latentă ivită în acelaşi timp ori ulterior, a determinat o inflamaţiune a foaiei parietale a seroasei, care a aderat prin intermediul plevrei parietale a seroasei, de peretele toracelui la nivelul spaţiului VII intercostal stâng pe linia medio-axilară. Poziţiunea declivă a aderenţei a făcut ca lichidul să se acumuleze în această regiune, impunând cu atât mai mare cuvânt existenţa unei pleurezii închistate cu cât un exudat a apărut şi în hemitoracele stâng, în vreme ce vârful inimei se simţea în spaţiul V intercostal la nivelul şi

sub mamelon, iar alte simptome obiective nete de pericardită cu revărsat lipseau.

Examenul radioscopic practicat în serviciul de Fizioterapie al spitalului militar de către d-nul medic Lt.-Colonel Dr Giurea, medicul şef al serviciului, afirma existenta pericarditei cu revărsat, indicând în acelaş timp dispoziţia anormală a lichidului, dar toracentezele practicate în regiunea axilară şi lipsa de observaţiuni clinice asemuitoare publicate impuneau rezervă. Puncţia lui Marfan propusă în repetate ori bolnavului a fost cu îndârjire respinsă; este foarte probabil că n'ar fi dat rezultat în acest caz dacă nu la început desigur atunci când au apărut frecăturile pericardice, dovadă constatarile necropsice.

Ori, la acest ultim examen s'au găsit foile pericardului lipite prin depozite fibrinoase recente de jur împrejurul inimei, mai puţin marginea stângă. La acest nivel foile se despărţeau şi constituiau o pungă mare, plină de lichid, care cuprindea o mare întindere a regiunei axilare. explicând matitatea suspendată constatată în timpul vieţei precum şi faptul, că această matitate se confunda la stânga cu acea a inimei.

Ambele observaţiuni clinice aduc o contribuţiune la studiul punctiei lui Marfan în diagnosticul pericarditei cu revărsat. Prima observaţiune dovedeşte că contrariu celor ce s'au afirmat până acum, pe cale subxifoidienă se poate atinge plevra; ambele observaţiuni dovedesc apoi că valoarea procedeului Marfan este relativă în stabilirea diagnosticului de pericardită cu revărsat, explorarea pericardului pe această cale nefiind suficientă spre a afirma cu siguranţă diagnosticul într'un caz dat.

La obiecţiunile aduse acestui procedeu: că nu evită în unele cazuri înţeparea inimei, că poate să fie negativă atunci când nu este bine practicată, ori este făcută cu teamă, că nu poate atinge lichidul în pericarditele posterioare, ori poate să fie negativă din cauză că acul a căzut pe despărţitori fibroase în pericarditele vechi multiloculare, adăogăm constatările din observaţiunile făcute cunoscut: puncţia poate să fie pozitivă în pleureziile mediastinale care

împing inima la stânga sau trimit diverticule deasupra acestui organ, ori să fie negativă în cazurile de pericardită cu revărsat, dar în cari revărsatul are o topografie specială din cauza aderenţelor foaei parietale a seroasei de peretele toracic.

In teza sa: „Les epanchements du pericarde—La ponction epigastrique de Marfan", 1913, G Blechmann rezumă în chipul următor calităţile puncţiei lui Marfan: este un procedeu *raţional, simplu* şi *sigur*. Fără de a subscrie la acest ultim calificativ, reamintim că acelaşi autor în lucrarea sa „Les pericardites aigues", 1922, revine asupra aprecierei anterioare, spunând: „Ce fait montre qu'on ne doit pas d'une ponction exploratrice sans résultat tirer une conclusion trop formelle et qu'il y a lieu parfois de la répéter avant d'en déduire l'absence d'epanchement; il faut de plus se rappeler l'existence d'epanchements surtout posterieurs et demandér à d'autres moyens d'investigaţion (parmi lesquels la radioscopie) des renseignements complimentaires" (p. 243). Am făcut deja cunoscut în introducerea acestei lucrări părerea prof. Marfan asupra aceleaşi chestiuni. Inainte de a termina repetăm că nu numai dintr'o puncţie negativă, dar nici dintr'una pozitivă nu putem să tragem o concluziune formală şi că diagnosticul pericarditei cu revărsat rămâne încă unul din cele mai dificile de stabilit în clinică, justificându-se astfel disproporţia dintre numărul cazurilor recunoscute în timpul vieţei şi al acelora întâlnite la autopsii.

CONCLUZIUNI

1) Admitând chiar ca fapt dovedit că în pericarditele cu revărsat, exudatul se acumulează în seroasă deasupra diafragmului, pe faţa posterioară şi laturile inimei, iar nu pe faţa anterioară a acestui organ, puncţia lui Marfan constitue un procedeu ***raţional*** *şi* ***simplu*** *pentru explorarea pericardului,* ***dar nu întotdeauna şi un procedeu sigur*** *pentru stabilirea diagnosticului acestei afecţiuni.*

2) Ca şi celelalte procedee pentru explorarea pericardului, procedeul sub-xifoidian al lui Marfan evită lezarea arterei mamare internă; dar dacă acest procedeu este superior celor dintâi atunci când există revărsat, căci nu se atinge inima, în celelalte cazuri mai numeroase în care se practică expune bolnavul deopotrivă ca şi celelalte la accidentele consecutive înţepării acestui organ şi poate în unele cazuri să atingă pleura mediastinală.

3) La obiecţiunile deja aduse acestui procedeu adăugăm constatările din observaţiunile prezintate: puncţia poate să fie pozitivă în pleureziile mediastinale care deplasează inima, ori trimit diverticule pe faţa antero-externă a pericardului, sau să fie negativă în cazurile de pericardită cu revărsat în care acesta de pe urmă are o topografie specială din cauza aderenţelor foaei parietale a seroasei la peretele toracelui.

4) Diagnosticul diferenţial al pericarditei cu revărsat trebue făcut nu numai cu dilataţia inimei şi simfiza pericardică, dar şi cu pleureziile mediastinale şi în special cu cele anterioare însoţite de exudat mic, care determină simptome comune ambelor afecţiuni şi au fost tocmai pentru aceasta de mult timp descrise sub nnmele de pleurezii pseudopericardice.

5) Explorarea pericardului prin puncţia lui Marfan neflind suficientă spre a se afirma cu certitudine diagnosticul de peri-

cardită cu revărsat, valoarea acestui procedeu este numai relativă; pericolul la care se expune bolnavii impune neapărat recurgerea mai întâi la celelalte mijloace de diagnostic utilizate în clinică şi în special la radioscopie, care limpezeşte adeseori un diagnostic ezitant, sau îl stabileşte uneori în mod accidental, dar întotdeauna fără de vreun rizic.

Văzută şi bună de imprimat,

Preşedintele tezei

ss) **Profesor D-r D. IONESCU.**

Decanul Facultăţii,

(ss) **Prof. D-r TOMA IONESCU.**

Bibliografie.

Barié Ernest: Traitè pratique de Maladies du coeur et de l'aorte 1901.

Blechmann G.: Les épanchements du pericarde (Etude clinique et therapeutique) La ponction epigastrique de Marfan. (Thèse de Paris 1913).

Blechmann G: La dyspnée pèricardique. (Paris medical No. 45 Oct. 1913.

Blechmann G.: Les péricardites aigues 1922.

Blechmann G.: Doit-on ponctionner le pericarde? Paris medical 1913).

Cassaet: La Péricardite posterieure. Masson 1914 Paris.

Chauffand: Les pleuresies sereuses mediastines Presse medicale 1902.

Collet: Les pléuresies mèdiastines (Precis des maladies de l'appareil réspiratoire 1914).

Constantinescu D. C: Sur un cas de pléuresie médiastine purulente antéro-inferieure droite forme pseudo-péricardique. (Bull. et Mém dela Soc. méd. des Hôp de Bucarest No. 10 Sept. 1920.

Detot: Les pléuresies partiales. Gazette des hôpitaux No. 135 1904).

Devic et Savy: Les pléuresies mediastines. Revue de medicine 1910.

Dubourg: Pléuresie purulente médiastino-diaphragmatique antèrieure gauche. Gaz. hebd. des sciences med. de Bordeaux No. 17 (1920).

Delorme et Mignon: Sur la ponction et l'incision du pericarde Revue de chirurgie Oct. Dec. 1895 lan. 1896.

Fiessinger Noïl: Du choix de l'endroit à ponctionner dans la

TIPOGRAFIA Instalație Modernă cu Electricitate.
Incontinuă înzestrată cu Caractere noi de Literă.
Execută cu mult gust tot ce depinde de branșa sa ca;
REGISTRE DE ORICE FORMAT, BROȘURI, TEZE, DIPLOME, FACTURI, SCRISORI COMERCIALE, INVITAȚI DE BOTEZ, NUNTĂ ȘI DOLIU, ZIARE, AFIȘE ETC., STATUTE și LIBRETE PENTRU ORICE BANCĂ
Cum și diferite imprimate pentru orice autoritate, cu prețuri absolut convenabile.
LEGATORIA de CARȚI *ATELIER SPECIAL*
ASORTAT CU:
Mașini și Materiale solide
Execută cu îngrijire orice
LUCRĂRI DE LUX
Specialitate în încadrarea
TABLOURILOR